

طلب المساعدة المالية **رقم (أرقام) حساب المريض:** ______________________________

هام: ***قد تتمكن من الحصول على رعاية مجانية أو بسعر مخفض.***
سيساعد إكمال هذا التطبيق النظام الصحي لجامعة نورث شور (نورث شور) على تحديد ما إذا كان بإمكانك تلقي خدمات مجانية أو مخفضة أو برامج عامة أخرى يمكن أن تساعد في دفع تكاليف الرعاية الصحية الخاصة بك. إذا لم يكن لديك تأمين صحي، فلا يلزم تقديم رقم الضمان الاجتماعي للتأهل للحصول على رعاية مجانية أو مخفضة. إلا أنه يلزم تقديم الضمان الاجتماعي للاستفادة ببعض البرامج العامة، مثل برنامج ميديكيد. وعلى الرغم من عدم ضرورة تقديم رقم الضمان الاجتماعي إلا إنه سيساعد نورث شور في تحديد مدى أهليتك للحصول على أي برنامج من البرامج العامة.

يُرجى إكمال هذا النموذج في أقرب وقت ممكن بعد تاريخ الخدمة حتى تحدد نورث شور مدى أهليتك للحصول على المساعدة المالية. وستقبل نورث شور طلبك لمدة تصل إلى 240 يومًا بعد بيان الفواتير الأولى نظير الرعاية الصحية المُقدمة.

يقر المريض/المريضة بأنه/أنها بذل/بذلت جهدًا صادقًا لتقديم جميع المعلومات المطلوبة في الطلب لمساعدة نورث شور في تحديد مدى أهلية المريض/المريضة للحصول على المساعدة المالية.

التعليمات: أكمل الطلب بالكامل ووقع على التصريح للتحقق من المعلومات.					
معلومات الطلب					
عنوان البريد الإلكتروني					عدد أفراد الأسرة (بمن فيهم المريض)
اسم العائلة	الاسم الأول	الاسم الأوسط		تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي
عنوان الشارع	رقم الشقة	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	هاتف المنزل
اسم رب العمل عنوان شارع رب العمل					الهاتف الخلوي
مدينة رب العمل		الولاية	الرمز البريدي	الدخل الشهري الإجمالي	هاتف العمل
الزوج/الضامن أو ولي الأمر (أولياء الأمور) للقصر (عند الاقتضاء)					
عنوان البريد الإلكتروني				العلاقة بالمريض	تاريخ الميلاد
اسم العائلة	الاسم الأول			الاسم الأوسط	رقم الضمان الاجتماعي
عنوان الشارع	رقم الشقة	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	هاتف المنزل
اسم رب العمل		عنوان شارع رب العمل			الهاتف الخلوي
مدينة رب العمل		الولاية	الرمز البريدي	الدخل الشهري الإجمالي	هاتف العمل

الأهلية الافتراضية:

يُعتبر المرضى الذين لا يملكون تأمين صحي ويظهرون أحد معايير الأهلية الافتراضية المدرجة أدناه بشكل فردي أو من خلال المزايا المقدمة لعائلاتهم مؤهلون تلقائيًا لتلقي *<u>رعاية مجانية ولن يُطلب منهم أي مستندات لإثبات الدخل</u>*. ونتحقق من أهليتك إلكترونيًا إذا أمكن ذلك، ولكن قد نحتاج لمساعدتك لإثبات أهليتك.

يُرجى وضع العلامة بقدر ما ينطبق:

- ☐ ويك (برنامج التغذية التكميلية للنساء والرضع والأطفال)
- ☐ برنامج مساعدة التغذية التكميلية
- ☐ برنامج الغذاء والفطور المجاني في إلينوي
- ☐ مسجون
- ☐ مشرد
- ☐ متوفى بلا تركة
- ☐ LIHEAP: برنامج المساعدة في مجال الطاقة المنزلية منخفض الدخل
- ☐ برنامج المساعدة الطبية المجتمعية
- ☐ منح المساعدة للخدمات الطبية
- ☐ TANF: برنامج المساعدة المؤقتة للعائلات المحتاجة
- ☐ الإفلاس الشخصي (القضية رقم__________ تاريخ الإعفاء________)
- ☐ الانتماء إلى نظام ديني والتعهد بالفقر
- ☐ أهلية برنامج ميديكيد، ولكن ليس في تاريخ الخدمة أو الخدمة غير المشمولة بالتغطية التأمينية.
- ☐ برنامج دعم الإسكان الإيجاري التابع لهيئة تنمية الإسكان في إلينوي
- ☐ الإعاقة الذهنية مع عدم وجود من يتصرف بالنيابة عن المريض

**** إذا أثبتت الأهلية الافتراضية، فلن تحتاج إلى تقديم أي معلومات عن الدخل. ولكنك ما زلت بحاجة إلى التوقيع على شهادة مقدم الطلب في الصفحة التالية.**



طلب المساعدة المالية **رقم (أرقام) حساب المريض: ________________________________**

معلومات الدخل:
يُرجى تقديم المستندات المطلوبة أدناه (عند الاقتضاء). قد يتأخر الطلب أو يُرفض تمامًا في حالة عدم تضمين أي من المستندات المطلوبة.

يجب تقديم المستندات التالية لمقدم الطلب أو زوج/شريك مقدم الطلب أو ولي الأمر أو الوصي إذا كان مقدم الطلب/المريض قاصرًا. وإذا لم تتمكن من تقديم أي مستندات تثبت دخلك، فيُرجى إكمال خطاب الدعم في الصفحة الأخيرة من هذا الطلب.

إذا كنت موظفًا:
- نسخة من إقرارك الضريبي للسنة السابقة
- نسخ من أحدث كعبين لشيكات المدفوعات
- نسخ من أحدث كشفين لجميع الحسابات الجارية والادخار والاتحاد الائتماني

إذا كنت تعمل لحسابك الخاص:
- نسخة من إقرارك الضريبي للسنة السابقة
- نسخ من أحدث كشفين لجميع الحسابات الجارية والادخار والاتحاد الائتماني

إذا كنت عاطل عن العمل:
- نسخة من إقرارك الضريبي للسنة السابقة
- نسخة من خطاب مكافأة نهاية الخدمة الذي يوضح مبلغ الإعانة
- خطاب من رب العمل السابق مع تاريخ الإنهاء
- تأكيد خطاب الدعم (الخطاب الكامل في الصفحة الأخيرة من هذا الطلب)

إذا كنت طالبًا بدوام كامل:
- إثبات على الالتحاق بالكلية (متضمنًا خطاب من الكلية أو الجامعة يوضح حالتك بدوام كامل، أو الرسوم الدراسية/ المستندات المالية)

إذا كنت متقاعد أو عاجز:
- نسخة من إقرارك الضريبي للسنة السابقة (إن أمكن)
- نسخة من أحدث خطاب منح لك من إدارة الضمان الاجتماعي يوضح مبلغ الإعانة الشهرية
- نسخ من أحدث كشفين لجميع الحسابات الجارية والادخار والاتحاد الائتماني

إثبات دخل آخر بخلاف المرتب:
يُرجى تقديم المعلومات التالية، إن وجدت، لإثبات وضعك المالي:
- خطاب إعالة الزوج والطفل أو أيًا منهما
- دخل العقارات المؤجرة
- دخل العقارات الاستثمارية
- أي مصادر دخل أخرى غير المصادر المذكورة أعلاه

معلومات العائلة/الأسرة المعيشية:

عدد الأفراد في العائلة/الأسرة المعيشية	
عدد الأشخاص الذين يتولى مقدم الطلب إعالتهم	
أعمار الذين يعولهم مقدم الطلب	

معلومات أخرى:
إذا كنت تملك مستندات إضافية قد تساعد نورث شور في اتخاذ قرار بشأن طلبك، مثل الفواتير الكبيرة المستحقة التي من شأنها أن تثبت وجود ضائقة مالية، فيُرجى تقديم هذه المستندات (على سبيل المثال: فواتير الهاتف وفواتير الكهرباء والفواتير الطبية والبيانات البنكية أو كشوف الحسابات وغيرها من المستندات)



طلب المساعدة المالية **رقم (أرقام) حساب المريض:** ______________________________

تصديق الطلب:

أشهد بصحة المعلومات الواردة في هذا الطلب ودقتها حسب علمي لها. وسوف أتقدم بطلب للحصول على أي مساعدة حكومية أو اتحادية أو محلية قد أكون مؤهلاً للحصول عليها للمساعدة في دفع فاتورة نورث شور. وأعي أن المعلومات المقدمة قد تتحقق نورث شور من صحتها، وأفوض نورث شور للتواصل مع جهات خارجية للتحقق من دقة المعلومات المقدمة في هذا الطلب. كما أعي أنه إذا قدمت معلومات غير صحيحة في هذا الطلب عن عمد، فلن أكون مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية؛ وقد تُلغى أي مساعدة مالية مُقدمة لي وسأتحمل سداد فاتورة نورث شور.

توقيع مقدم الطلب:______________________________ التاريخ: ______________________________

إرسال الطلبات المكتملة عن طريق:	هل تحتاج إلى المساعدة؟ يُمكننا تقديم المساعدة.
البريد: النظام الصحي لجامعة نورث شور الخدمات المالية للمرضى ص.ب. 1006، جناح رقم 330 سكوكي، إلينوي 60076-9877 **الفاكس:** (847) 982-6957 **الحضور الشخصي:** يُرجى الحضور إلى المستشار المالي بالمستشفى من خلال زيارة مكتب التسجيل المركزي بالمستشفى	**يُرجى الاتصال على الرقم 5000-570 (847)** **أو مقابلة المستشار المالي بالمستشفى من خلال زيارة مكتب التسجيل المركزي بالمستشفى**
بالنسبة للمستشفى السويدي: **البريد:** المستشفى السويدي مركز الخدمات المالية 5145 نورث كاليفورنيا أفينيو شيكاغو ، إلينوي 60625 **الفاكس:** (773) 878-6838 **الحضور الشخصي:** يُرجى الحضور إلى المستشار المالي بالمستشفى من خلال زيارة مركز الخدمات المالية	**بالنسبة للمستشفى السويدي:** **يُرجى الاتصال على الرقم 3841-989 (773)** **أو مقابلة المستشار المالي بالمستشفى من خلال زيارة مركز الخدمات المالية**



طلب المساعدة المالية **رقم (أرقام) حساب المريض:** ______________________________

تصريح التغذية والمسكن/ خطاب تأكيد الدعم

يتعين على الشخص الذي يقدم التغذية والمسكن إكمال هذا النموذج ويتعين إكماله لمقدم الطلب فقط إذا كان يعيش مع شخص آخر غير زوجته/زوجها القانوني

أقدم حاليًا التغذية والمسكن للسيد/السيدة ____
(يُرجى كتابة اسم مقدم الطلب)

العنوان حيث يتم تقديم التغذية والمسكن

____

____

أقدم بدلًا نقديًا قدره __________________ دولارًا أمريكيًا أسبوعيًا/شهريًا (يُرجى وضع دائرة على أحدهما)

تقدم دعمًا آخر (يُرجى التوضيح) ____

اسم مقدم الدعم وعنوانه (يُرجى كتابة الاسم بحروف واضحة)

الاسم: ______________________________________

العنوان: ______________________________________

____

رقم الهاتف: ______________________________________

توقيع مقدم الطلب:____________________________________ التاريخ: ____________

توقيع مقدم الدعم: _____________________________________ التاريخ: ____________